

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**ГУ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ И ЭКОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА»**

П.В. ГОНЧARIK, Р.Н. СУПРУНОВСКИЙ, Г.Д. ПАНАСЮК

КАНДИДОЗ ПОЛОСТИ РТА

Практическое пособие для врачей



УДК 616.311-002(075.8)

Составители:

П.В. Гончарик, врач-стоматолог-терапевт (заведующий) ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»;

Р.Н. Супруновский, врач-стоматолог-ортопед ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»;

Г.Д. Панасюк, к.м.н., ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека»

Рецензенты:

И.А. Смирнова, заведующий отделением ГУЗ «Гомельская центральная городская стоматологическая поликлиника»

О.К. Супруновская, заведующий филиалом № 5 ГУЗ «Гомельская центральная городская стоматологическая поликлиника»

И.П. Ромашевская, к.м.н., врач-гематолог (заведующий) гематологическим для детей отделением ГУ «РНПЦ РМиЭЧ»

П.В. Гончарик, Кандидоз полости рта / П.В. Гончарик, Р.Н. Супруновский, Г.Д. Панасюк – Гомель: ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2020. – 23 с.

В пособии освещены вопросы эпидемиологии, классификации, клиники, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения кандидоза полости рта. Пособие предназначено для врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, пародонтологов, врачей общей практики, клинических ординаторов и интернов по вышеуказанным специальностям, а также студентов старших курсов.

Рекомендовано к изданию на заседании Ученого совета ГУ «РНПЦ РМиЭЧ» протокол №..... от2020г.

УДК 616.311-002(075.8)

©Составители: Гончарик П.В.,
Супруновский Р.Н., Панасюк Г.Д.
© ГУ «РНПЦ РМиЭЧ», 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ.....	6
2. ФАКТОРЫ РИСКА	6
3. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.....	7
4. КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИКА	8
5. ДИАГНОСТИКА.....	13
6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.....	14
7. ЛЕЧЕНИЕ.....	16
8. ПРОФИЛАКТИКА.....	21
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	22

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

СД	–	сахарный диабет
СОПР	–	слизистая оболочка полости рта

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы во всем мире, и особенно в развитых странах, наблюдается значительный рост грибковых заболеваний, вызываемых дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Известно, что грибковые инфекции занимают одну из ключевых позиций среди заболеваний слизистой оболочки полости рта (СОПР) по распространенности среди населения и тяжести возможных осложнений для организма пациента.

Однако истинное проявление патогенных свойств грибов рода *Candida* зависит главным образом от состояния макроорганизма. Именно уровень состояния функциональной системы ротовой полости у каждого индивидуума с учетом его возраста, гигиенических навыков и других факторов характеризует экосистему в целом. Слизистая оболочка, кариозные зубы и незапломбированные корневые каналы, а также периодонтальные карманы, крипты миндалин могут служить местом обитания дрожжевидных грибов. Кандидоз возникает у людей со сниженным иммунитетом и отличается полиморфизмом проявлений от бессимптомного кандидоносительства до генерализованных форм.

В настоящее время, несмотря на достаточно широкий выбор системных антимикотических препаратов, лечение кандидоза любой локализации является актуальной проблемой, так как некоторые средства оказываются недостаточно эффективными, другие имеют серьезные побочные эффекты, а также, отмечается рост резистентности к антигрибковым препаратам.

Таким образом, кандидоз полости рта – это эндогенная инфекция ослабленного организма, в большинстве случаев вызванная *Candida albicans* с низкой эффективностью лечения и серьезными осложнениями.

1. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

По данным ВОЗ (2005), до 20% населения мира хотя бы однократно на протяжении жизни перенесли различные формы кандидозной инфекции. Уровень выявления главного возбудителя кандидоза *Candida albicans* в общей популяции составляет от 20 до 75%, другие виды *Candida* составляют 10-20% орального кандидоносительства.

Частота встречаемости кандидоза полости рта у взрослых пациентов достигает 42,9%, у носителей зубного протеза – до 71%, у новорожденных – 5%, у грудных младенцев – 10%. Среди всей кандидозной патологии поражение полости рта и красной каймы губ составляет 41,7%. В популяции пожилых людей данный вид инфекции встречается у каждого десятого. Частота кандидоносительства у лиц пожилого возраста достигает 60%, а у госпитализированных, получающих антибактериальную терапию – 88%, у здоровых взрослых – 30-45%, у младенцев – 5%. Кандидоз полости рта наиболее часто развивается у взрослых с нарушениями саливации, кариесом, пародонтитами. Кандидозная колонизация полости рта увеличивается при сахарном диабете ((СД) до 67%), красном плоском лишае (до 76%), лейкоплакии (до 82%), у ВИЧ-инфицированных (до 95%), при синдроме Дауна (до 69%) и болезнях крови (лейкозы и др. (до 57%)).

2. ФАКТОРЫ РИСКА

Грибы рода *Candida* вызывают заболевание при наличии предрасполагающих факторов, в результате которых происходит биологическая активация грибов – усиленное размножение, а в последующем – проникновение их с поверхности слизистых оболочек и кожи, где они присутствуют как сапрофиты, вглубь тканей.

К предрасполагающим факторам развития микотических поражений СОПР относят:

- нарушение обмена веществ (углеводный и жировой обмен, гиповитаминозы) и эндокринную патологию (СД, гипотиреозидизм, гипертиреозидизм, железододефицитные состояния); соматические заболевания, ослабляющие резистентность организма;

- вторичные иммунодефицитные состояния, обусловленные длительно протекающими хроническими заболеваниями;

- кандидоносительство;

- хронические неспецифические заболевания СОПР;

- лечение антибиотиками, глюкокортикостероидами и цитостатиками;

- продолжительное пребывание в стационарах, отделениях интенсивной терапии.

У новорожденных и детей раннего возраста факторами риска развития кандидоза полости рта являются:

- морфофункциональная незрелость;

- ранний перевод на искусственное вскармливание;

- использование для кормления смесей с повышенным содержанием сахара.

3. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Кандидоз – заболевание слизистой полости рта, вызванное дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Candida albicans – самый патогенный из видов данного рода, который в зависимости от условий существования, способен из дрожжевой формы переходить к плесневой, менять общий фенотип и структуру поверхности (рецепторы, антигены). Этот вид также обладает «антигенной мимикрией», то

есть его рецепторы способны взаимодействовать с факторами иммунитета человека.

В патогенезе кандидоза любой локализации выделяются следующие этапы:

- ✓ этап адгезии, то есть прикрепления микроорганизма к поверхности слизистой оболочки;
- ✓ этап колонизации микроорганизма в месте прикрепления;
- ✓ этап инвазивного роста с нарушением барьерных функций слизистой;
- ✓ этап проникновения микроорганизма в подлежащие ткани с последующей диссеминацией.

Обязательным патогенетическим фактором является иммунодефицитное состояние макроорганизма. При эндогенном характере инфекции грибам рода *Candida* достаточно одного этого фактора, так как они являются условно-патогенными микроорганизмами.

Генетические и регуляторные механизмы изменчивости позволяют дрожжеподобным грибам выжить в разных условиях (температура, кислотность, содержание кислорода, питательных веществ). Факторами патогенности грибов *Candida spp.* являются:

- ✓ эндотоксины (преимущественно гликопротеиды, структурные несвязанные липиды);
- ✓ возможность прикрепления к эпителиоцитам (адгезия);
- ✓ трансформация в нитевидную форму (псевдомицелий);
- ✓ аспартилпротеиназы и фосфолипазы - ферменты, с помощью которых грибы осуществляют некроз тканей макроорганизма;
- ✓ олигосахариды в составе клеточной стенки гриба, обуславливающие ингибирование клеточных иммунных реакций.

4. КЛАССИФИКАЦИЯ И КЛИНИКА КАНДИДОЗА ПОЛОСТИ РТА

Код МКБ-10:

V37.0 – Кандидозный стоматит.

Клиническая классификация кандидоза полости рта (Г.П.Соснин Г.И.Бойко 1985)

По течению:

— Острые формы — до 2 месяцев - катаральный кандидоз, псевдомембранозный, эрозивно-язвенный.

— Хронические формы - свыше 2 месяцев - катаральный кандидоз, атрофический, гиперпластический.

По локализации выделяют: хейлит (ангулярный), глоссит, гингивит, палатинит, стоматит (множественные поражения).

По степени тяжести: лёгкая, средняя, тяжёлая.

Кандидоносительство – состояние, при котором определяются колонии грибов рода *Candida*, но отсутствуют клинические признаки кандидоза. При диагностике кратковременного или хронического кандидоносительства необходимо проводить культуральные исследования несколько раз с промежутком в несколько дней.

Классификация кандидоносительства:

- транзиторное (в течение нескольких дней);
- кратковременное (3-4 недели);
- хроническое (свыше 3 месяцев).

Клиническая картина

Пациентов с кандидозом полости рта беспокоят чувство дискомфорта и жжения в полости рта, болезненность при приёме пищи (особенно кислой и солёной), сухость в полости рта, неприятный запах изо рта.

Видимые клинические изменения слизистой полости рта при кандидозной инфекции зависят от стадии и формы процесса. В начале заболевания чаще встречаются гиперемия и эритема различной степени выраженности. Такие поражения обычно не сопровождаются нарушениями целостности слизистой оболочки. При длительном воздействии патогенного фактора возможно развитие атрофического типа воспаления. Помимо этого возбудитель кандидоза способен вызывать процессы десквамации слизистой в полости рта и усиление кератинизации слизистой – кератотический тип воспаления.

Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница) легкая форма

Анамнез: перенесенные инфекционные заболевания, прием лекарственных препаратов (антибиотиков, иммунодепрессантов, контрацептивных препаратов), снижение иммунологической реактивности организма.

Жалобы: на наличие единичного творожистого легко снимающегося налета на неизменной слизистой.

Физикальное обследование: на слизистой оболочке щек, языка, появляются белый точечный творожистый налет. Налет легко соскабливается, под ним обнаруживается гиперемированный и отечный участок.

Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница) среднетяжелая форма

Анамнез: перенесенные инфекционные заболевания, прием лекарственных препаратов (антибиотиков, иммунодепрессантов, контрацептивных препаратов), снижение иммунологической реактивности организма, наличие соматической патологии.

Жалобы: незначительная боль и жжение при приеме пищи, наличие творожистого, трудно снимающегося налета с обнажением гиперемированной слизистой.

Физикальное обследование: на слизистой полости рта обширный трудно снимающийся плотный беловатый налет в виде пленок. При снятии налета обнажается гиперемированная, кровоточащая, эрозивная поверхность слизистой оболочки. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

Острый псевдомембранозный кандидоз (молочница) тяжелая форма

Анамнез: перенесенные инфекционные заболевания, прием лекарственных препаратов (антибиотиков, иммунодепрессантов, контрацептивных препаратов, **цитостатиков**), радио- и рентгенотерапии, снижение иммунологической реактивности организма, наличие соматической патологии.

Жалобы: наличие плотного налета, спаянного с подлежащей слизистой, при снятии которого обнажается эрозивная поверхность, общее недомогание с повышением температуры до 38°C.

Физикальное обследование: плотный, грязно-серого цвета, трудно снимающийся обширный налет с явлениями инфильтрации подлежащих тканей, который наблюдается на спинке языка, в области щек и нижней губы, в ретенционных зонах. Процесс может генерализоваться. Слизистая оболочка слегка гиперемирована, отечна. При снятии налета обнажается кровоточащая поверхность. В углах рта часто образуются заеды. Регионарный лимфаденит.

Острый атрофический

Эта форма может возникнуть в результате трансформации из псевдомембранозной формы или самостоятельно.

Анамнез: прием лекарственных препаратов (антибиотиков, иммунодепрессантов, контрацептивных препаратов), снижение иммунологической реактивности организма, наличие соматической патологии, наличие зубных протезов в полости рта.

Жалобы: на сухость в полости рта, болезненность при приеме пищи и разговоре, жжение при приеме пищи и извращение вкуса.

Физикальное обследование: слизистая болезненна при пальпации, сухая, ярко гиперемированная, атрофичная, гладкая, сосочки языка сглажены, налет сохраняется в глубине складок языка. На боковых поверхностях языка наблюдаются отпечатки зубов вследствие отека.

Хронический гиперпластический

Эта форма наблюдается преимущественно у курильщиков. В 10 – 40% случаев возможна малигнизация процесса.

Анамнез: курение, прием лекарственных препаратов (антибиотиков, иммунодепрессантов, контрацептивных препаратов), снижение иммунологической реактивности организма, наличие соматической патологии, наличие зубных протезов в полости рта.

Жалобы: на сухость, шероховатости в полости рта, болезненность при приеме пищи, извращение вкуса, наличие налета серо-белого цвета.

Физикальное обследование: клиническая картина характеризуется появлением крупных белых папул, сливающихся в бляшки, расположенные на гиперемированной слизистой. Налёт с неприятным запахом белого или серого цвета, плохо снимается при поскабливании. Количество его зависит от степени тяжести процесса. Слюна у пациентов пенистая, вязкая

Хронический атрофический

Анамнез: наличие зубных протезов в полости рта.

Жалобы: на боль и жжение в полости рта, сухость слизистой, иногда наличие трещин в углах рта.

Физикальное обследование: слизистая оболочка протезного ложа при ношении съемных пластиночных протезов гиперемированная, сухая; типична

сильная болезненность, налет практически отсутствует, отек СОПР, атрофия сосочков на спинке языка.

Кандидоз углов рта (угловой, или ангулярный, стоматит, угловой хейлит, кандидная заеда), может сопутствовать любой из перечисленных форм кандидоза полости рта или развиваться самостоятельно. Иногда он распространяется на красную кайму губ и сопровождается появлением чешуек сероватого цвета и белым точечным крошковатым налетом. Заболевание носит хронический рецидивирующий характер или наблюдается его персистирующее течение.

Анамнез: у лиц, имеющих глубокие складки в углах рта, которые обычно возникают при заниженном прикусе, у пожилых людей, теряющих зубы с возрастом, при использовании съемных зубных протезов, бактерии (особенно у детей), авитаминоз, дефицит железа.

Жалобы: боль при раскрытии рта и движении губ.

Физикальное обследование: эритема и трещины в углах рта, легко снимающийся белесоватый налет (слой мацерированного эпителия).

5. ДИАГНОСТИКА

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

1. Сбор жалоб и анамнеза.
2. Визуальный осмотр слизистой полости рта и кожных покровов.
3. Микроскопия соскоба из ротовой полости ручным методом.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

Лабораторная диагностика

✓ *Обязательные:*

- микроскопия соскоба из ротовой полости ручным методом: наличие вегетирующих форм грибов рода *Candida*.

✓ *По показаниям:*

- определение глюкозы в сыворотке крови: показатель уровня глюкозы в сыворотке крови выше 5,5ммоль/л.

- определение антител к ВИЧ-1, ВИЧ-2 в сыворотке крови ИФА-методом: обнаружение в сыворотке антител к ВИЧ-1, ВИЧ-2.

Показания для консультации специалистов:

- консультация эндокринолога – для выявления заболеваний эндокринной системы.
- консультация аллерголога – для выявления сенсibilизации организма к материалам зубных протезов.
- консультация дерматолога – для выявления грибкового поражения других органов и систем.
- консультация терапевта, врача общей практики – для выявления соматической патологии.

6. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз необходимо проводить:

- с лейкоплакией (плоская, веррукозная);
- красным плоским лишаем (типичная форма);
- аллергическим стоматитом/хейлитом;
- хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом;
- сифилисом (вторичный).

Лейкоплакия (плоская, веррукозная).

Объективные данные: пятно или бляшка не соскабливаются, воспалительные явления отсутствуют или незначительны, локализуется чаще в отделах щек, на нижней губе и твердом небе, кожа не поражается

Дополнительные методы исследования: гистологически – гиперкератоз, акантоз и паракератоз.

Красный плоский лишай (типичная форма).

Объективные данные: мелкие папулы, сливающиеся в рисунок, воспалительные явления выражены, локализуются на щеках и боковых поверхностях языка в средней и задней третях, имеется поражения кожи

Дополнительные методы исследования: гистологически гранулез, вакуольная дистрофия клеток базального слоя эпителия

Аллергический стоматит/хейлит.

Объективные данные: отек, сухость, гиперемия слизистой оболочки (в анамнезе контакт с аллергеном).

Дополнительные методы исследования: общий клинический анализ крови – повышение количества эозинофилов (норма 0-5).

Хронический рецидивирующий афтозный стоматит.

Объективные данные: одиночные афты, округлой формы, покрытые фибринозным трудно снимающимся налетом, при снятии налета обнажается эрозивная кровоточащая поверхность.

Дополнительные методы исследования: гистологически вакуольная и баллонизирующая дегенерация базального слоя эпителия

Сифилис (вторичный).

Объективные данные: сифилитические папулы более рыхлые, при соскабливании налета обнажается эрозия.

Дополнительные методы исследования: реакция Вассермана, наличие в отделяемом бледных трепонем.

Кандидные заеды дифференцируют с бактериальной (стафилококковой) заедой и авитаминозами.

Объективные данные: более характерны яркая распространенная гиперемия, щелевидная эрозия в центре, экзематозные поражения кожи, корки.

7. ЛЕЧЕНИЕ

Цель: выздоровление и предотвращение хронизации процесса. Главными направлениями лечения кандидоза являются: поиск факторов, лежащих в основе патогенеза, устранение или смягчение отрицательного влияния этих факторов, проведение патогенетической терапии, проведение общеукрепляющего лечения с использованием средств, стимулирующих специфическую и неспецифическую резистентность организма, включение в комплексную терапию противогрибковых препаратов.

Л.А. Цветкова и соавт. (2005) выделяет следующие принципы ведения больных с кандидозом полости рта:

Выявление и лечение основного заболевания совместно с врачами терапевтического, эндокринологического, гастроэнтерологического профиля.

Общеукрепляющую терапию.

Ограничение употребления в пищу углеводов (сладких, мучных продуктов).

Проведение повторных бактериоскопических исследований через 10-14 дней противогрибкового лечения.

Тип и продолжительность лечения зависит от тяжести инфекции и индивидуальных особенностей конкретного пациента, таких как возраст и

иммунный статус. Нелеченый кандидоз полости рта может привести к более серьезным последствиям в виде инвазивного кандидоза.

Лечение кандидоза может быть системным или местным.

Немедикаментозное лечение: Стол №15; из рациона питания необходимо исключить рафинированные углеводы и мучные изделия. Рекомендуются кисломолочные продукты, особенно эубиотики.

Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне: противогрибковые препараты при среднетяжелой и тяжелой форме (таб. 1); антисептики (таб. 2); антигистаминные препараты.

По типу действия на возбудителя противогрибковые препараты делятся на фунгицидные и фунгистатические. Количественными показателями активности препарата считаются минимальная подавляющая концентрация и минимальная фунгицидная концентрация (МФК). Если два этих показателя приблизительно одинаковы, то препарат считается преимущественно фунгицидным, то есть приводящим к гибели клетки гриба. Если же разница между показателями велика, то препарат считается фунгистатическим, то есть останавливающим образование новых клеток грибов.

Таблица 1 – Классификация современных противогрибковых средств для наружного применения (А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев, 2001)

Химическая группа	Препараты для наружного применения
Антибиотики	
Гризаны	Гризеофульвин
полиены — макролиды	Амфотерицин В
	Леворин
	Натамицин
	Нистатин
Химиотерапевтические препараты	
Группа азолов:	Бифоназол
производные имидазола	Изоконазол
	Кетоконазол

	Клотримазол
	Миконазол
	Оксиконазол
	Эконазол
	Другие имидазолы
производные триазола	Терконазол
	Флутримазол
Аллиламины	Нафтифин
	Тербинафин
	Бутенафин
Тиокарбаматы	Толнафтат
	Толциклат
Производные морфолина	Аморолфин
Производные гидроксипиридона	Циклопирокс
Галогенированные фенолы	Г алопрогин
	Нитрофунгин
Прочие препараты	Декамин
	Ундециленовая кислота

Способ применения некоторых противогрибковых препаратов:

- Кетоканазол, 200мг, перорально, 1-2 таблетки (200-400мг) в сутки в течение 2 недель, и далее по 1 таблетке в сутки до полного выздоровления.
- Флуконазол (Дифлазон), 50мг, перорально, 50-100мг/сутки, в течение 7-14 дней.
- Нистатин, 1%, для аппликаций на пораженные участки слизистой полости рта 2 раза в сутки в течение 7-14 дней.
- Клотримазол (Кандид), 1%, для аппликаций на пораженные участки слизистой полости рта 2 раза в сутки в течение 7-14 дней.

- Противогрибковые мази, с предпочтением 2% содержания активного вещества, нанесенные между двумя слоями ваты и помещенные за щеку (сэндвич-аппликация по Ю.В. Сергееву).

Таблица 2 – Классификация антисептиков, использующихся в лечении поверхностных микозов (А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев, 2001)

Химическая группа	Вещества	Препараты
Красители	генциан-виолет	растворы (спиртовые и водные)
	бриллиантовый зеленый	растворы (спиртовые и водные)
	метиленовый синий	растворы (спиртовые и водные)
	фуксин	в составе жидкости Кастеллани, фукорцина
Кислоты	салициловая	в составе мазей Уайтфильда, Ариевича
	молочная	
	бензойная	йодуксун
	уксусная	в составе жидкости Кастеллани, фукорцина
	карболовая	в составе пасты Теймурова
Хинолины	борная	
	хинозол	в составе мазей, пластырей
	клиохинол	в составе сложных мазей
Окислители	калия перманганат	
	алюминия хлорид	
	цинка окись	
Препараты Иода	йод	1-3 % спиртовой раствор повидон-йодин

Способ применения некоторых антисептиков:

- Хлоргексидина биглюконат, 0,05% для обработки полости рта 3 раза в день в течение 14 дней.
- Раствор гексетидина 0,1% для обработки полости рта 3 раза в день в течение 14 дней.
- 1-2% водные растворы бриллиантовой зелени или метиленовой синьки разведенный в 2-3 раза, раствор Люголя, 10-15% раствор буры в

глицерине, раствор марганцовокислого калия (1:5000), 1% борной кислоты, йодная вода (5-10 капель йодной настойки на стакан). Полоскание проводят в течение 30-60 секунд после приема пищи дважды в день. Растворы антисептика нельзя проглатывать.

Обезболивающие препараты (по показаниям):

- Лидокаина гидрохлорида, 10%, для аппликаций с целью обезболивания перед приемом пищи до стихания болевых ощущений.
- Прокаин, 5мг/мл, 0,5%, для аппликаций на слизистую полости рта, с целью обезболивания перед приемом пищи и обработкой элементов поражения до стихания болевых ощущений.

При *кандидозных заедах* средством выбора являются препараты, содержащие противогрибковое, антибактериальное вещество и одновременно кортикостероидные гормоны – тридерм, лоринден С, пимафукорт, микозолон, кандид Б.

Критерии эффективности лечения: удовлетворительное состояние, устранение или стойкая ремиссия патологического процесса.

Системное лечение кандидоза

Целью этиотропной терапии кандидозной инфекции системными антимикотиками является эрадикация возбудителя. Существуют определенные показания для назначения системной терапии при кандидозе, к которым относятся:

- некоторые клинические формы кандидоза: хронический гиперпластический, гранулематозный, эрозивно-язвенный кандидоз и другие формы заболевания при условии их хронического многолетнего течения;
- наличие предрасполагающих состояний (СД, ВИЧ инфекция, опухоли);
- хроническое многолетнее течение любой формы кандидоза;

- сочетание данной формы заболевания с кандидозом других локализаций;
- неэффективность предшествующей местной терапии, частые рецидивы после местной терапии.

Общим принципом действия всех антифунгальных препаратов является угнетение биосинтеза эргостерина клеточной стенки микромицетов. Уровень воздействия различных системных препаратов на синтез клеточной мембраны грибов различен. Аллиламины действуют на более ранние стадии синтеза, а азолы и аморолфины – на более поздние.

8. ПРОФИЛАКТИКА

Профилактические мероприятия:

- общее оздоровление организма;
- обучение гигиене полости рта;
- своевременная диагностика и лечение кандидоза другой локализации;
- рациональное использование антибактериальных препаратов, глюкокортикоидов, цитостатиков;
- санация полости рта и очагов хронической инфекции;
- диспансерное наблюдение пациентов с эндокринопатиями, иммунодефицитными состояниями.

Наблюдение пациентов с хроническими формами кандидоза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сахарук Н.А. Козловская В.В. Кандидоз: этиология, клиника, диагностика, лечение. Витебск, 2010 – 190 с.
2. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ / Под ред. проф. Е.В. Боровского, проф. А.Л. Машкиллейсона. – М.: МЕДпресс, 2001. – 320 с.
3. Зазулевская, Л.Я. Болезни слизистой оболочки полости рта. Учебник для студентов и практических врачей. – Алматы, 2010. – 297 с.
4. Лангле, Р.П., Миллер, К.С. Атлас заболеваний полости рта: Атлас / Перевод с английского под ред. Л.А. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 224 с.
5. Лукиных, Л.М. Заболевания слизистой оболочки полости рта. – НГМА, 2000. – 364 с.
6. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство. – Москва, Гэотар-Медиа, 2009. – 908 с.
7. Laskaris, G. Treatment of Oral Diseases. A Concise Textbook. – Thieme, Stuttgart / New York, 2011. – 208 p.
8. Laskaris, G. Color Atlas of Oral Diseases, 3rd edition. – Stuttgart: ThiemeVergal, 2003.
9. Does scientific evidence for the use of natural products in the treatment of oral candidiasis exist? A systematic review / G.L. Ferreira [et al.] // J. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. – 2015. – P. 1–8.
10. Ellepola, A.N., Samaranayake, L.P. Antimycotic agents in oral candidosis: An overview: Treatment of oral candidosis // Dent. Update. – 2000. – 27. – 165 – 174.
11. Вейсгейм, Л.Д., Дубачева, С.М., Гаврикова, Л.М. Комплексное лечение кандидоза полости рта / Л.Д. Вейсгейм, С.М. Дубачева, Л.М. Гаврикова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 2. – С. 48–51.

12. Гусенов С.Г Клинико-иммунологическая оценка эффективности комплексного лечения генерализованного пародонтита с применением мирамистина и ликопида : автореф. канд. мед. наук / С.Г Гусенов. – Махачкала, 2002. – С. 23.

13. Латышева, С.В. Современные аспекты патогенеза и диагностики кандидоза полости рта / С.В. Латышева //Современная стоматология. – 2007. – №1. – С. 57–61.

14. Арзуманян, В.Г., Шмелев, О.А. Клинически значимые дрожжевые грибы - классификация, антигены и современные методы диагностики. В кн.: Микология сегодня. Т.Ю. Дьяков, А.Ю. Сергеев (ред.). Т. 3. М.: Национальная академия микологии, 2016: 120–123.

15. Мазанкова Л.Н., Турина И.Е., Шальнева А.П. Кандидозный стоматит у новорожденных: новые подходы к лечению. Consilium Medicum. Педиатрия. (Прил.), 2004, 01: 29-30.

16. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей

17. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. Под ред. В.К. Леонтьева и Л.П. Кисельниковой. М.: ГОЭТАР-Медиа, 2017: 668-670.